ÉPIDÉMIE DE SCARLATINE N° 192.

AVEC

ANGINE COUENNEUSE PHARYNGIENNE ET LARYNGO-TRACHÉALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 22 juillet 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR EUGÈNE GUILLEMAUT, de Louhans,

Département de Saône-et-Loire.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, Suppleant.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN.
	.....
Patholohie médicale	DUMÉRIL.
	ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, Président.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER.
	BOUILLAUD, Examinateur.
	CHOMEL, Examinateur.
Clinique chirurgicale	BOYER.
	JULES CLOQUET.
	DUPUYTREN.
	ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle, Suppléant.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe), Examinateur.	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard, Examinateur.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE,

A MA MÈRE

ET

A MES FRÈRES.

E. GUILLEMAUT.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE

ET

A MES FRÈRES.

E. GUILLEMAUT

ÉPIDÉMIE DE SCARLATINE

AVEC

ANGINE COUENNEUSE PHARYNGIENNE ET LARYNGO-TRACHÉALE.

Dans le cours de l'hiver de 1832, le pays de Bresse (Saône-et-Loire) fut en proie à une épidémie de scarlatine des plus meurtières. Nous allons en tracer rapidement les caractères, en décrivant alternativement et dans l'ordre suivant : les altérations reconnues par l'autopsie cadavérique, les causes probables de cette maladie, ses symptômes, sa marche, sa durée, sa terminaison et son traitement.

Caractères anatomiques.

La peau présentait ordinairement des taches d'un rouge assez livide, n'existant que par intervalles. Quelquefois cependant, lorsque l'éruption cutanée avait manqué, la peau était intacte ou elle n'offrait qu'une légère apparence de desquamation, résultat de la chaleur et de la tension érysipélateuse dont elle avait été le siége pendant la vie. Souvent la bouche, les fosses nasales et le pharynx étaient d'un rouge vermeil ; la membrane muqueuse du larynx, de la trachée, des grosses bronches, présentait aussi les traces d'une inflammation

intense. Tantôt la coloration rouge était uniforme dans presque toute l'étendue des voies aériennes ; tantôt la rougeur était disséminée par plaques ou par points isolés, que séparait un tissu parfaitement sain.

Mais, dans le plus grand nombre des cas, les altérations présentaient les caractères d'une angine couenneuse pharyngienne et d'une laryngite croupale.

Ainsi l'on voyait une production morbide membraniforme, qui recouvrait les amygdales et s'étendait dans le pharynx. Cette fausse membrane, ressemblant à une toile à mailles fines appliquée sur ces parties, était adhérente, par une de ses faces, à la membrane muqueuse sous-jacente, au moyen de prolongemens vasculaires, et libre par l'autre, ou recouverte quelquefois par l'épithélium qui paraissait n'avoir été que soulevé.

Cette pseudo-membrane existait fréquemment aussi dans le larynx, quelquefois dans la trachée-artère et même les bronches, lorsque la congestion sanguine s'était principalement portée sur les voies aériennes; alors on voyait cette pellicule blanche-grisâtre striée de rouge en plusieurs points, qui revêtait les ventricules et les autres parties de l'organe vocal.

Et suivant la durée de la maladie, cette production morbide nous paraissait souvent mince comme une toile d'araignée, et d'autres fois, après avoir pris de l'accroissement par l'effet de l'irritation continue, avait servi de trame à une forte membrane organisée et épaissie, qui rétrécissait le calibre du larynx, et empêchait, pendant la vie, l'air de pénétrer dans les poumons.

La formation de ces fausses membranes était liée à un haut degré d'inflammation; car, au-dessous de ces pellicules, la muqueuse était presque toujours d'un rouge amaranthe très-foncé, le tissu cellulaire environnant engorgé par le sang et les ganglions sous-maxillaires notablement tuméfiés.

Il faut cependant dire que, dans quelques cas, la muqueuse ne présentait aucun changement de couleur et aucune altération appré-

ciable dans sa texture. Mais nous ne conclurons pas de là que la pseudo-membrane avait existé sans travail inflammatoire, puisque les tissus peuvent bien avoir été enflammés pendant la vie, sans qu'il y ait pour cela rougeur après la mort ; car, si la circulation se trouve anéantie dans les gros vaisseaux, un travail d'absorption peut encore se faire dans les vaisseaux capillaires, et faire disparaître toutes les traces de l'inflammation.

Ne doit-on pas attribuer à quelque chose de particulier dans l'individu et à la nature des causes ces productions de tissus nouveaux, qui portent souvent en eux les conditions de la vie, et qui ne constituent un état de maladie que parce qu'ils rétrécissent le canal qu'ils occupent? Ce tissu accidentel est toujours le produit d'une congestion sanguine sur la membrane muqueuse, et de là une nouvelle fonction pathologique avec tendance à une formation nouvelle, dont l'organisation est une membrane, dans cette circonstance seulement, et qui, suivant toute autre prédisposition, aurait pu se présenter sous la forme d'une autre production morbide, tout à fait différente dans ces caractères. C'est cette prédisposition plus ou moins appréciable à la formation de tel ou tel produit qui fait que, lorsqu'elle manquait chez certains individus, il n'y avait que simple phlegmasie du pharynx et des voies aériennes, tandis que chez d'autres, où la diathèse pseudo-membraneuse existait, les couennes succédaient toujours à l'inflammation.

Les recherches sur l'organisation rudimentaire de ces productions sont dignes du plus grand intérêt ; ainsi l'on voit les tissus environnans se congestionner, et bientôt une suractivité dans les organes en est le résultat. Les follicules qui s'ouvrent à la surface de la muqueuse stomato-pharyngienne exsudent un produit blanchâtre qui s'élabore rapidement par une action vitale, difficile à déterminer ; et souvent, dans l'espace de quelques heures, on aperçoit dans le pharynx une pseudo-membrane formée de toutes pièces, se continuant à la muqueuse au moyen de prolongemens vasculaires qui organisent la pseudo-membrane par l'abord du sang dans son épaisseur; et bien-

tôt par cette nutrition active on la voit s'étendre avec une incroyable rapidité en se moulant sur la forme des organes.

Mais il n'en est pas toujours ainsi dans la formation de ces pseudo-membranes, qui sont alors remplacées par une exsudation de matières, soit pultacées, soit caséiformes, qui paraissent se réduire en croûte à mesure que les parties les plus fluides sont résorbées, et il est alors impossible de leur distinguer aucune des conditions nécessaires à la vie. La teinte cendrée de ces plaques croûteuses et l'extrême fédidité de l'haleine des malades pouvaient quelquefois induire en erreur sur le diagnostic de la maladie, et faire soupçonner la gangrène des parties.

Lorsque les véritables pseudo-membranes étaient encore rejetées au dehors, après avoir été détachées de la muqueuse par un moyen mécanique quelconque, ou par le simple effort de la nature, on voyait à la suite de ces déchirures de petites concrétions saillantes, à bords échancrés, entourées d'un cercle rouge, qui, situées dans l'arrière-bouche et le pharynx, auraient pu, pendant le cours de la maladie, simuler parfois l'apparence d'ulcérations de mauvaise nature : mais ces désordres disparaissaient bientôt par un traitement méthodique; ou si la maladie prenait un caractère plus fâcheux, on s'assurait, après la mort, de l'illusion trompeuse d'une prétendue gangrène qu'on croyait avoir observée.

Disons encore, pour terminer les caractères anatomiques, que parfois on rencontrait une injection prononcée dans les méninges, et que le cerveau présentait dans sa substance grise des marbrures plus ou moins rouges. La couche la plus superficielle des hémisphères a été vue aussi quelquefois sensiblement ramollie, et ainsi réduite en une pulpe plus molle ; sa couleur était tantôt d'un blanc sale, tantôt jaune ou violette.

Les poumons étaient aussi très-souvent engoués ou frappés d'un ramollissement rouge ; les cavités des membranes séreuses contenaient fréquemment un sang rouge et parfois décoloré, qui paraissait avoir transsudé à travers les parois des vaisseaux.

Le ventricule droit du cœur a été rencontré gorgé d'un sang plus séreux qu'à l'état naturel, et très-peu chargé de matière colorante; la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins offrait en général une injection veineuse assez marquée, simulant l'arborisation.

Mais, dans quelques cas, ce qui nous a paru surtout digne d'être noté, c'étaient les plaques de *Peyer* à la fin de l'iléum, près de la valvule iléo-cœcale, qui étaient ovalaires, rouges, tuméfiées, à surface inégale, ainsi constituées par le plus grand développement des follicules de *Brunner*, qui faisaient saillie à l'intérieur de l'intestin.

Lorsque la scarlatine, pendant la période de desquamation, avait été compliquée d'anasarque, et que les malades étaient morts à la suite d'une hydrothorax ou d'une ascite, on trouvait des épanchemens considérables de sérosité roussâtre dans la plève et le péritoine, et une infiltration de fluide séreux dans les cellules du tissu sous-cutané, qui produisait une tuméfaction générale du corps et des membres.

Causes.

Nous distinguons deux ordres de causes, les unes placées dans les influences extérieures, les autres dans l'individu lui-même. Les altérations inconnues de l'air atmosphérique ont été probablement la cause déterminante spécifique en vertu de laquelle s'est déclarée la maladie épidémique dont nous parlons; mais à côté de cette cause essentielle dont nous ne connaissons pas la nature, il faut placer une série de causes prédisposantes, que l'on peut apprécier aisément : l'action d'un air froid et humide, les changemens brusques de température. L'habitation dans les lieux bas, marécageux, privés de l'influence solaire, favorisaient singulièrement le développement de la maladie; ajoutons encore un état physiologique particulier. Ainsi, les individus doués d'une constitution ou trop molle ou trop irritable; les adolescens qui, par leur genre de vie, se soumettaient à toutes les causes physiques énervantes, y étaient plus exposés que d'autres; les malheureux livrés à l'indigence, vivant dans des lieux insalubres, se

privant des alimens et des boissons toniques, étaient dans une condition propre à ressentir l'effet des propriétés médicales de l'air. Et c'est ici le lieu de dire qu'une des causes principales qui entretient, chaque année et alternativement, dans la Bresse, ces épidémies de catarrhe, de croup, de fièvres intermittentes, de variole, de rougeole et de scarlatine, sont dues à la mauvaise nourriture que prend l'habitant de nos campagnes, et à l'abstinence de viandes et de stimulans si nécessaires dans ces pays marécageux, d'où se font, dans certaines saisons de l'année, des émanations funestes et d'où s'élèvent des nuages épais et humides qui exercent sur l'homme une influence délétère. Cela est d'autant plus vrai, que l'habitant de la ville, habitué à des alimens toniques et succulens, se soustrait facilement à l'action de ces déplorables épidémies.

La maladie a régné plus fréquemment et a fait aussi plus de victimes parmi les enfans et les adolescens; mais, chez ces derniers, la largeur des conduits aériens rendait moins funeste l'affection pseudo-membraneuse. Lorsqu'elle se déclarait dans une famille, les personnes qui avaient atteint les âges les plus prédisposés en étaient presque toutes attaquées si on les laissait communiquer avec les malades, et ce n'est pas sans fondement que l'on regardait cette variété de scarlatine comme contagieuse.

Symptômes.

Un accès fébrile plus ou moins intense, accompagné d'abattement, de courbature, de nausées, de vomissemens, annonçait ordinairement le début de la maladie; le pouls, accéléré, offrait environ 100 à 120 pulsations par minute; la respiration était fréquente et irrégulière; la peau du corps chaude, et les pieds presque toujours froids. Le second ou le troisième jour, l'éruption cutanée se présentait d'abord sous la forme de petits points rouges, qui étaient bientôt remplacés par de larges taches irrégulières d'une teinte framboisée, qui ne tardaient pas à se confondre, et donnaient à toute la surface de la peau l'aspect de l'écarlate; des symptômes plus ou moins intenses

d'inflammation de la muqueuse, de la bouche, des amygdales et du pharynx, précédaient et accompagnaient l'éruption; la phlegmasie se propageait fréquemment dans la trompe d'*Eustache*, ce qui occasionait des bruissemens, des bourdonnemens dans les oreilles et une douleur insupportable, avec tous les phénomènes généraux de réaction.

Toute l'épaisseur des amygdales, envahie par une vive phlogose, devient le siége d'un travail morbide sécréteur, et bientôt on voit se déposer à leur surface un produit blanchâtre en grumeaux caséiformes, dont la couleur, tantôt blanche et tantôt jaune, prend insensiblement une teinte grise brune, et parfois rougeâtre. Telle était la marche de la variété la moins dangereuse de la scarlatine épidémique; mais dans le plus grand nombre des cas (angine membraneuse), la phlegmasie était plus aiguë, la fièvre plus vive; la face était bouffie et injectée; les amygdales, le voile du palais et le pharynx étaient marbrés de rouge et de violet; la langue, dépouillée de son *épithélium*, prenait une teinte pourprée; la déglutition devenait douloureuse, presque impossible. Les malades, sans cesse agités, tourmentés par une soif ardente, une sécheresse et une chaleur vive de la peau, se présentaient avec l'anxiété de l'oppression, un pouls petit, serré et fréquent; et tantôt leurs urines excrétées étaient rouges et sédimenteuses, tantôt elles étaient pâles et décolorées. Enfin, pendant cette période inflammatoire, le cou se gonflait, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires participaient sympathiquement à l'hypérémie, et en se ramollissant ils devenaient souvent la source de foyers purulens. Si, quelques heures après ce travail morbide de l'économie, on observait l'arrière-bouche, on y apercevait une plaque membraniforme, paraissant adhérer, au moyen de brides déliées, à la muqueuse sous-jacente, et les surfaces ainsi affectées étaient encore lubrifiées par un mucus rouge et spumeux, d'une odeur infecte, qui était propre à simuler la gangrène des parties. Lorsque l'affection pseudo-membraneuse apparaissait, l'éruption de la peau ne suivait plus ses périodes ordinaires; les taches pâlissaient, ou bien une couleur livide ou bru-

nâtre remplaçait leur teinte framboisée ; ce qui était d'un assez fâcheux augure, quoique cependant, dans un grand nombre de cas, la guérison pût encore s'opérer : alors la concrétion couenneuse, détachée par un effort de la nature ou par un effet des médicamens, était expulsée du fond de la gorge. Mais, dans d'autres circonstances, les symptômes augmentaient rapidement d'intensité; une dyspnée considérable, des mouvemens nerveux, le renversement de la tête en arrière, entraînaient brusquement les malades au tombeau.

Nous avons vu aussi des personnes frappées par l'épidémie, présenter le plus haut degré de l'inflammation du larynx. Ainsi, chez elles, respiration courte, toux sèche et fréquente, douleur du cou très-vive, voix sifflante, constriction pénible au larynx, pouls dur et fréquent, face violette, lèvres livides et bleuâtres, mort ; et à l'ouverture du cadavre, on trouvait le calibre du larynx rétréci par le boursoufflement de la membrane muqueuse, offrant une teinte rouge foncée, et on ne trouvait dans les voies aériennes ni mucus ni pseudo-membranes.

D'autres malades présentaient à l'observation une autre espèce de laryngite, dont le caractère prédominant paraissait être une sécrétion abondante de mucosités dans le larynx. La voix se modifiait de la même manière que dans le croup, et avec le stéthoscope on entendait, au lieu de sifflemens, un râle muqueux très-prononcé. L'oreille, appliquée vers le point correspondant aux ventricules du larynx, percevait aussi le son distinctif du gargouillement. Mais sans nous arrêter plus long-temps à ces deux dernières variétés, nous arriverons de suite à une autre modification de la phlegmasie des voies aériennes, je veux dire la laryngite *croupale*, que l'on observait dans plusieurs cas. Le début de la maladie était assez uniforme chez le plus grand nombre de malades : lassitude dans les membres, abattement physique et moral; frissons passagers, alternant avec une chaleur qui devenait bientôt permanente ; céphalalgie plus ou moins forte face gonflée, et injectée ; pouls plein et fréquent ; éruption irrégulière à la peau, accompagnée de phlegmasie couenneuse palato-pharyngienne, avec son cortége de

symptômes décrits plus haut ; et de là la maladie se propageait au larynx. Alors le timbre de la voix s'altère, le malade est pris de quintes de toux, à secousses revenant par accès violens, et l'on entend un bruit particulier que l'on a comparé au son aigu qui sortirait d'un tuyeau de bois fêlé. La douleur du cou s'accroît et devient plus vive par la pression ; le malade s'inquiète, il porte souvent la main sur le trajet du larynx ; ses inspirations sont sifflantes, striduleuses. L'expectoration offre parfois des débris de fausses membranes, la suffocation paraît imminente, l'anxiété est extrême; une sueur froide et visqueuse recouvre la tête et la poitrine, et le poumon se trouvant privé d'air, n'imprime plus au sang qui le traverse les qualités qu'il doit avoir pour l'entretien de la vie. On ne trouve plus sur la peau, à cette époque de la maladie, que des traînées d'une rougeur pâle ou livide, reste flétri de l'éruption cutanée, qui disparaissait en même temps que des symptômes d'irritation interne devenaient plus alarmans. Le trouble de l'innervation, produit des désordres matériels du système nerveux, venait bientôt se joindre à toute la gravité des autres symptômes ; les convulsions, les contractions musculaires, et l'opistothonos, ne laissaient alors plus de doute sur la terminaison rapide et funeste de la maladie.

Comme nous venons de le voir par les symptômes précédemment décrits, l'éruption de la peau n'était qu'un phénomène accessoire des altérations internes. Elle était donc loin à elle seule de constituer essentiellement la maladie, puisque d'ailleurs on voyait encore souvent cette éruption manquer, sans que pour cela on méconnût le caractère de l'affection épidémique; et c'était, dans ces cas, ce qu'on a appelé *la scarlatine* (*sine scarlatinâ*) ; d'autres fois aussi, il n'y avait à la peau qu'une simple rougeur qui tenait le milieu entre la scarlatine et l'érysipèle, et le mouvement fluxionnaire s'était uniquement porté vers les organes de la déglutition et de la respiration.

La marche de l'épidémie dont nous parlons était loin d'être uniforme, ainsi que nous l'avons dit ; la maladie suivait un cours variable suivant les phlegmasies des organes intérieurs. Quelquefois l'éruption

de la peau se faisait facilement ; d'autres fois elle était difficile, incomplète ou même nulle. Si les taches devenaient livides, brunes ou noires, c'était d'un fâcheux augure.

La durée moyenne de la maladie, lorsqu'elle offrait un caractère bénin, était de douze à quinze jours. Elle se terminait alors par le retour à la santé. Mais très-souvent les individus étaient frappés de mort dans les quatre ou cinq premiers jours de l'affection, lorsqu'elle s'était propagée dans les voies aériennes.

Lorsque, à l'époque de la desquamation de l'épiderme, les malades s'exposaient au froid, à l'humidité, la transpiration cutanée pouvait être suspendue, et cette abolition de l'exhalation de la peau coïncidait avec la formation d'une sécrétion nouvelle, soit dans les aréoles du tissu cellulaire, soit dans les cavités des membranes séreuses. Tantôt l'anasarque débutait par la figure, tantôt par l'abdomen ou par les membres. L'infiltration variait par son degré suivant les parties où on l'examinait. Elle était toujours plus considérable dans les lieux où le tissu cellulaire est lâche et à grandes lames, comme au dos des pieds et des mains, aux paupières, au scrotum.

Cette enflure hydropique était rénitente au toucher, ne conservant que l'impression passagère du doigt. Peau assez chaude ; pouls plein et fréquent ; urines rares, de couleur rouge foncée ; soif assez intense. La guérison s'opérait assez rapidement en général, soit par des sueurs abondantes, des selles ou des urines copieuses.

Traitement.

Il repose sur deux données principales : traiter d'une part l'hypérémie par les évacuations sanguines, afin de dégorger les tissus, et d'autre part, modifier les produits de sécrétions par les médicamens que l'on reconnaît puissans à cet effet.

Quant à la première indication, l'expérience paraît avoir démontré que les émissions sanguines ne sont avantageuses que dans les premiers temps de la maladie. Les saignées générales sont rarement né-

cessaires ; mais les applications de sangsues sur les parties antérieures et latérales du cou sont beaucoup plus efficaces. Il faut ensuite chercher à modifier la disposition inconnue en vertu de laquelle s'opère la production morbide.

On conseillera alors avec utilité les topiques froids et astringens en gargarismes, tels que l'eau végéto-minérale, les décoctions de tan, d'aigremoine, de ronce commune, de roses rouges et d'écorces de grenades. Ce ne sera pas non plus sans avantage que l'on fera gargariser les malades, soit avec une solution de chlorure de soude dans l'eau distillée, soit avec la préparation suivante : (alun, deux gros ; alcohol, une once ; eau simple, une livre.) Un topique très-utile aussi, mis en usage autrefois par *Van-Swiéten*, consistait à toucher le fond de la gorge à l'aide d'un pinceau de charpie, imbibé de miel rosat et d'acide hydrochlorique.

Les boissons habituelles que l'on donne aux malades doivent être acidulées et rafraîchissantes : telles que les sirops de groseilles, de mûres, et la limonade sulfurique. Cette médication est bientôt suivie d'effets salutaires. Toutes les parties du pharynx s'humectent et sont abreuvées d'une salivation abondante ; les plaques membraneuses s'exfolient et se détachent en lambeaux.

Lorsque les pseudo-membranes envahissaient les conduits aériens, il était très-rare d'en obtenir la guérison. On essayait cependant d'y parvenir au moyen d'un traitement très-actif ; et ce qui paraissait le plus avantageux, c'était l'insufflation, dans l'arrière-bouche, d'un gros d'alun pulvérisé. Comme le plus urgent était ordinairement de désobstruer le passage de l'air, on avait recours à des moyens plus puissans encore. Ainsi on faisait pénétrer dans le larynx des malades une sonde de gomme élastique légèrement recourbée à une de ses extrémités, et armée d'une éponge fine, imbibée d'une solution de nitrate d'argent saturé (un gros de pierre infernale pour un gros d'eau distillée). Ce topique spécial agit en modifiant la vitalité des parties touchées ; il attaque la cause morbifique, et remplace l'inflammation spécifique par une inflammation simple, plus facile à traiter.

Mais il ne faut pas se borner à l'emploi de ces seuls moyens, car on sait que l'on contribue quelquefois puissamment à la guérison, en provoquant des vomissemens par l'ipécacuanha, et en produisant des évacuations alvines par le calomélas, administré à des doses plus ou moins fortes suivant les circonstances. On ne doit pas non plus oublier les révulsifs et les dérivatifs appliqués avec tant d'efficacité sur les différentes surfaces du corps. Enfin, pour dernière ressource, quand il y a péril imminent de suffocation, il vaudrait mieux faire l'opération de la trachéotomie que de rester spectateur oisif de la mort du malade.

Lorsque, dans le cours d'une maladie, il survenait des convulsions ou un état comateux, on appliquait aussitôt un grand et puissant vésicatoire à la nuque du cou, et on administrait quelques calmans à l'intérieur. Il serait superflu de s'arrêter à quelques autres indications thérapeutiques qui devaient se présenter dans le cours de l'épidémie; car nous avons fait mention des plus essentielles à connaître. Arrivons de suite aux accidens consécutifs.

Chacun sait que dans la scarlatine, après la desquamation de l'épiderme, il subsiste à l'éruption une transpiration particulière, qui dure ordinairement trois semaines, et qui paraît être le complément critique de cette maladie. Il serait dangereux alors de laisser supprimer cette crise, de crainte de voir les convalescens attaqués d'anasarque. Mais si, malgré tous les soins employés pour prévenir cette nouvelle affection, elle survient, on la combat avec succès en s'efforçant de rétablir la transpiration cutanée au moyen des infusions chaudes de thé, de fleurs de sureau, de tilleul, de sauge, l'acétate d'ammoniaque, l'opium à petites doses, et la poudre de *Dower*. Si ce traitement ne réussit pas, on a recours aux purgatifs; aux frictions sur la peau avec parties égales de teinture de digitale et de vin scillitique, ou avec la vapeur de benjoin, que l'on recueille dans une étoffe de laine, et dont on frictionne les membres infiltrés. On conseille les pilules suivantes (thridace 4 grains, poudre de digitale 1 grain); on en donne 8 ou 10 par jour; on administre aussi les

décoctions diurétiques de petit-houx et de chiendent oxymellées et nitrées. Enfin, on recommande les vésicatoires d'un large diamètre, et on essaie de changer le mode de vitalité de la peau au moyen des bains alcalins, qui contiennent une solution d'une once de potasse caustique, ou de quatre onces de sous-carbonate de potasse.

Nous bornons là cette énumération rapide, en rappelant que, dans les affections pseudo-membraneuses, le traitement antiphlogistique ne peut être employé que dans le commencement de la maladie, et ne suffit pas pour détruire entièrement les concrétions membraniformes, qui doivent être attaquées directement par les remèdes fondés sur l'expérience.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

III.

Acutorum morborum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

IV.

Duobus laboribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

V.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus magnæ mutationes tùm frigoris, tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 8.